

Dimensionierung von Fragebogen
zur Erfassung der Suizidalität
bei Jugendlichen

Armin Schmidtke

F O R S C H U N G S B E R I C H T E

AUS DEM

O T T O - S E L Z - I N S T I T U T

F Ü R

P S Y C H O L O G I E U N D E R Z I E H U N G S W I S S E N S C H A F T

D E R

U N I V E R S I T Ä T M A N N H E I M (W H)

Dimensionierung von Fragebogen
zur Erfassung der Suizidalität
bei Jugendlichen

Armin Schmidtke

Forschungsbericht Nr. 8

Erweiterte Fassung eines Vortrages auf dem
16. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für
Kinder- und Jugendpsychiatrie, 1979, in Münster.

Anschrift des Verfassers: Dipl.-Psych. A. Schmidtke
Lehrstuhl Psychologie I, Universität Mannheim,
Schloss-EO, 6800 Mannheim 1

Der Suizidproblematik bei Kindern und Jugendlichen wird in letzter Zeit verstärkt Beachtung geschenkt. Nach den Unterlagen des Statistischen Bundesamtes schwanken die Suizidziffern für weibliche Jugendliche im Alter von 15 - 20 Jahren für den Zeitraum 1967 bis 1977 zwischen 3,7 und 6,7 und für männliche Jugendliche gleichen Alters zwischen 11,6 und 16,5. Im Jahr 1977, dem letzten Jahr für das bisher exakte Zahlen vorliegen, war die Suizidziffer für männliche Jugendliche dieser Altersgruppe mit 16,5 2,7mal größer als die der weiblichen Jugendlichen (6,1). Bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 5 - 15 Jahren schwankt die Ziffer der Mädchen für den angegebenen Zeitraum zwischen 0,1 und 0,4 und die der Jungen zwischen 0,9 und 1,7. Auch für diese Altersgruppe sind die Ziffern für Jungen meist weitaus höher als die für Mädchen (1977: 1,7 : 0,3).¹⁾

Die Zahl der Suizidversuche ist insgesamt wahrscheinlich weit größer. Exakte statistische Erhebungen existieren allerdings nicht (vgl. Remschmidt & Schwab, 1978). Die Schätzungen des Verhältnisses Suizid / Suizidversuch reichen von 1 : 3 bis 1 : 120, wobei hier meist die Angaben für Mädchen und Frauen weitaus höher liegen (vgl. Jacobziner, 1960, 1965; Černý, 1968; Otto, 1972; Böcker, 1973; Ott, 1976). Nach unseren Untersuchungen geben fast 7% "normaler" Jugendlicher im Alter von 14 - 18 Jahren an, schon einmal ernsthafte Suizidgedanken gehabt zu haben (♂ : ♀ / 1 : 2) und 4%, einen (wie auch immer beurteilten) "Suizidversuch" unternommen zu haben (auch hier lagen die Werte für weibliche Jugendliche, wenn auch nicht signifikant, über denen der männlichen, vgl. Schmidtke & Rimpau, 1979). Bezogen auf die Suizidziffer bedeutet das ein Verhältnis Suizid / Suizidversuch von 1 : 35.

Die Erkennung dieser suizidalen Gefährdung wie auch die Abschätzung des Risikos weiterer Suizidversuche ist sehr problematisch (vgl. Resnik, 1968; Lester, 1972; Beck, Resnik

1) Die Ermittlung der Suizidziffern führte Frau cand. phil. H. Kammerlocher durch.

& Lettieri, 1974; Neuringer, 1974). Die bisherigen Ansätze, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen, erbrachten uneinheitliche Ergebnisse (vgl. Schmidtke, 1976); teils weil unberücksichtigt blieb, daß es sich möglicherweise bei dieser Symptomatik im Kindesalter um in wesentlichen Aspekten anders gelagerte Verhaltensweisen handelt, teils weil auch oft nur Teilbereiche untersucht und entsprechende Verfahren angewendet wurden (etwa Aggressionsmessungen).

Es stellt sich bei der Entwicklung von Instrumentarien mit derartiger Zielsetzung daher zunächst die Frage nach der theoretischen Ausgangsposition, d.h., ob ein im einzelnen nicht näher zu differenzierendes Kontinuum suizidaler Tendenzen mit kovariierender letaler Absicht angenommen wird oder eher ein Diskontinuitätsmodell unterstellt und verschiedene Arten suizidaler Tendenzen auch qualitativ unterschiedlich beschrieben werden (vgl. z.B. Davis, 1967; Stengel, 1969; Feuerlein, 1971, 1974).

Im folgenden wird über ein Forschungsprojekt berichtet, das seit einigen Jahren an der Universität Mannheim durchgeführt wird. Ziel ist die Entwicklung und Validierung von Instrumentarien zur Erkennung suizidalen Verhaltens bei Jugendlichen und zwar unter pathognostischer wie auch pathometrischer Zielsetzung, da es bei der Erkennung suizidaler Risiken nicht genügt, sich auf den "klinischen Eindruck" zu verlassen (vgl. Kuda, 1978, S.304).

Es wurden verschiedene Ansätze zur Überprüfung unterschiedlicher Validitätsaspekte von Prognoseinstrumentarien und der Bestimmung relevanter Meßdimensionen durchgeführt. Die untersuchte Stichprobe umfaßt über 200 Jugendliche im Alter von 14 - 18 Jahren mit Suizidversuch¹⁾, davon waren 15% mit weiteren Suizidversuchen zu ermitteln (2 mit Suizid), über 100 Jugendliche in psychiatrischer Behandlung - ohne Suizidversuch in

1) Die Durchschnittszahl für die einzelnen Verfahren der Gruppen schwankt um die jeweils angegebenen Werte. Die Originalzahlen liegen z.T. weit höher. Es wurden jedoch die Pbn ausgeschlossen, die bei den Testverfahren mehr als 15% "Missing values" auf Aufgabenebene aufwiesen (z.B. Fehlen eines Tests).

der letzten Zeit als Einweisungs- bzw. Behandlungsursache - und etwa 300 "normale" Jugendliche. Replikationsstudien wurden an körperbehinderten Jugendlichen, körperbehinderten Erwachsenen und jugendlichen und erwachsenen Strafgefangenen durchgeführt. Bei den Jugendlichen mit Suizidversuch und den Jugendlichen in psychiatrischer Behandlung handelte es sich um Jugendliche aus Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz und Hessen, die in Krankenhäusern, Psychiatrischen Kliniken sowie Beratungsstellen untersucht wurden. Die Verfahren und Anamnesen wurden zum größten Teil im Rahmen der Untersuchung selbst erhoben, teilweise wurden die Ergebnisse von den beteiligten Institutionen und Fachkräften auch zur Verfügung gestellt.

1. Überprüfung herkömmlicher Testverfahren

Ziel des ersten Ansatzes war, zu ermitteln, ob Unterskalen von bisher gebräuchlichen Persönlichkeitsverfahren eine hinreichend genaue Gruppentrennung und Vorhersage suizidalen Verhaltens ermöglichen. Ferner sollten die Meßdimensionen bestimmt werden, die sich für eine solche Differenzierung besonders eignen, um sie möglicherweise gesondert zusammenfassen zu können. Zu diesem Zweck wurden folgende Verfahren erhoben: MMPI, PFB, EPI, FPI, Picture-Frustration-Test, GEFT, sowie Maße der Selbstbeurteilung und der vermuteten Beurteilung durch andere mittels Semantischer Differentiale. Zusätzlich wurde eine Reihe biographischer Variablen wie Broken-Home / dysfunktionale Familie, Drogenabusus, Krankheit, Suizide in der Familie usw. erfaßt (vgl. Schmidtke, 1976, 1977; Schmidtke & Rimpau, 1979). Auf die Ergebnisse der Einzelskalen soll hier nicht im einzelnen eingegangen werden; es zeigte sich eine deutliche geschlechtsspezifische Differenzierung: Bei männlichen und weiblichen Jugendlichen trennen Variablen zwischen den Gruppen verschiedener Klassifikation in unterschiedlicher Tendenz.

Die Tests wurden dann gemeinsam auf Skalenebene faktorenanalysiert. Die psychologisch nach verschiedenen Kriterien (vgl. Fürntratt, 1969) am besten zu interpretierende Analyse schien eine 4-Faktorenlösung zu sein (29,4% aufgeklärte Gesamtvarianz). Die Faktoren könnten aufgrund der Einzelskalen wie folgt interpretiert werden:

1. "Beziehungsprobleme" (Markiervariablen: PFB - "Ich und die Anderen", "Jungen und Mädchen", "Zu Hause").
2. "Ängstlichkeit und Zurückgezogenheit" (Markiervariablen: EPI - Extraversionsskala; MMPI - Psychasthenieskala).
3. "Selbstbewertung" (Markiervariablen: Maße der Selbst-Idealdiskrepanz, vermutete Beurteilung durch andere).
4. "Aggression" (Markiervariablen: Skalen des Picture-Frustration-Test).

Für die Gruppen verschiedener Klassifikation wurden dann Faktorwerte auf diesen Faktoren geschätzt und auf Unterschiede überprüft. Die Gruppen sind auf den Faktoren unterschiedlich zu differenzieren. Zur Trennung der Suizidentengruppe von der klinischen- und der Vergleichsgruppe trägt z.B. die Aggressionsdimension nichts bei. Am deutlichsten trennen die Faktoren der Selbstbewertung (vgl. Abb. 1) -

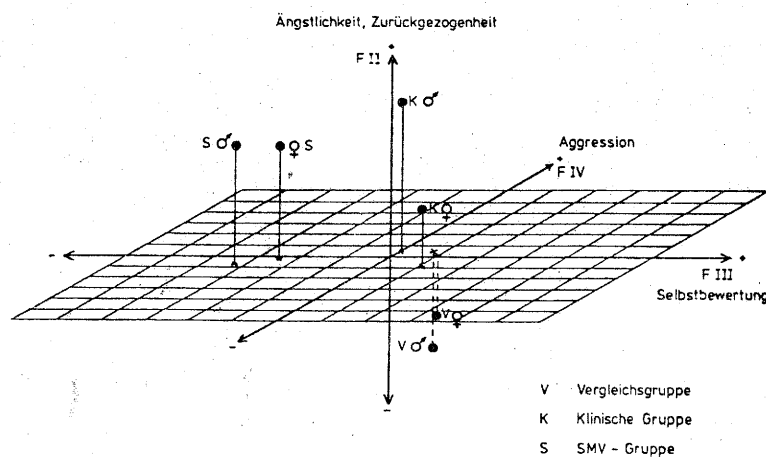


Abb. 1: Mittelwerte der Faktorwerte der verschiedenen Gruppen im dreidimensionalen Raum der Faktoren "Selbstbewertung", "Ängstlichkeit und Zurückgezogenheit" und "Aggression" (+ oder - gibt jeweils die "positive" oder "negative" Richtung der Dimension an).

wobei es hier auch noch überzufällige Geschlechtsunterschiede gibt: die "suizidalen" männlichen Jugendlichen haben eine negativere Selbstbewertung - sowie der Faktor "Ängstlichkeit und Zurückgezogenheit"; letzterer allerdings z.T. nur zwischen Suizid- und klinischer Gruppe. Die übrigen Skalen differenzieren zum Teil nur Suizid- und Vergleichsgruppen.

2. Fragebogentest zur Beurteilung der Suizidgefahr

Bei der zweiten Vorgehensweise wurde ein schon existierendes Selbstbeurteilungsverfahren auf seine Validität und Dimensionalität überprüft. Das einzige im deutschen Sprachraum bisher explizit für diesen Zweck konstruierte Verfahren ist der "Fragebogentest zur Beurteilung der Suizidgefahr" von Stork, der 1972 publiziert wurde. Dieser Fragebogen soll die frühzeitige Erfassung von zu Suizid neigenden Menschen z.B. in Schulen, beim Militärdienst oder in Betrieben erlauben. Er benötigt zu seiner Durchführung und Auswertung nur einen geringen Zeitaufwand. Gütekriterien werden vom Autor im Testhandbuch nicht angegeben. Der Autor ging bei der Konstruktion seines Verfahrens von einem Kontinuum der Suizidtendenz aus, dem auch die Einteilung in Kriterienklassen je nach erreichtem Punktwert entspricht. Wie Nachfolgeuntersuchungen ergaben, ist die generelle Validität des Verfahrens zur Prognose suizidaler Handlungen bei Jugendlichen jedoch in Frage zu stellen, da sowohl Spezifität wie Sensitivität zu gering erscheinen (vgl. Schmidtke, 1976; Schmidtke & Schaller, 1976; Schmidtke & Rimpau, 1979). Auch hier stellte sich daher die Frage, ob möglicherweise nicht eine Unterteilung des Fragebogens in einzelne, faktoriell bestimmte Skalen und eine Beschreibung und Klassifikation der Pt nach diesen Dimensionen sinnvoller ist. Zu diesem Zweck wurde eine Faktorenanalyse auf Itemebene durchgeführt, die insgesamt (nach verschiedenen Kriterien) 4 interpretierbare Faktoren ergab und 27,3% der Gesamtvarianz aufklärte. Die Faktoren wurden aufgrund der Markieraufgaben und

der Korrelationen der Faktorwerte mit anderen Skalen wie folgt interpretiert:

1. "Depressivität und Selbstunsicherheit"

Markieraufgaben: "Ich verliere oft meine Selbstsicherheit", "Ich habe zu wenig Selbstvertrauen", "Mich plagt oft ein Minderwertigkeitsgefühl", "Ich bin oft schwermütig und depressiv", "Ich fühle mich manchmal zu schwach, mein Leben selbst in die Hand zu nehmen". Die Faktorwerte korrelieren hoch mit: MMPI - Soziale Introversion, Psychasthenieskala (Phobie, Zwangsverhalten), EPI - Neurotizismusskala, Instabilität und PFB - "Über mich selbst".

2. "Einstellung und Tendenz zur Selbstdestruktion"

Markieraufgaben: "Man kann mit einem Selbstmordversuch sein Leben auf die Probe stellen", "Wenn ich von einer Brücke in die Tiefe schaue, reizt es mich hinunterzuspringen", "Man könnte sich selbst strafen, indem man sich das Leben nimmt", sowie die Aufgaben mit "Drogeninhalten". Die Faktorwerte korrelieren hoch mit: MMPI - Paranoia-Skala (Argwohn, Überempfindlichkeit im Denken und Handeln, Sc-Skala (bizarres und ungewöhnliches Denken und Handeln), Rosenzweig-E-D (das Ich oder der Bezug auf das Ich überwiegt).

3. "Positive vs negative Erziehungserfahrung"

Markieraufgaben: "Meine Kindheit war sehr glücklich", "Meine Eltern hätten mich weniger zwingen sollen", "Mein Elternhaus kann man als harmonisch bezeichnen", "Ich habe als Kind viel Schläge bekommen". Die Faktorwerte korrelieren hoch mit: Problemfragebogen "Zu Hause", Psychopathieskala des MMPI, was auf das Fehlen tieferer, emotionaler Bindungen sowie auf eine Mißachtung sozialer Sitten und Gebräuche hinweisen soll, sowie mit einer hohen Diskrepanz zwischen Idealvorstellung von sich selbst und der vermuteten Beurteilung durch die Familie.

4. "Affektlabilität"

Markieraufgaben: "Ich bin leicht reizbar, leicht beleidigt", "Ich lasse mich viel zu leicht aus der Fassung bringen". Die Faktorwerte korrelieren hoch mit PFB - "Über mich selbst" und "Ich und die anderen" sowie den Neurotizismusskalen.

Um zu überprüfen, ob sich die einzelnen Gruppen auf diesen Dimensionen auch überzufällig unterscheiden oder ob sich Profilunterschiede nicht auch durch Zufallsschwankungen erklären lassen, wurden für Teilstichproben (vgl. Schmidtke, 1980) über die Faktorwerte der einzelnen Gruppen in Anlehnung an einen Vorschlag von Lienert (1963) eine Varianzanalyse berechnet, die von Kirk (1968, S.246) als "split-plot-design" und von Winer (1971) als "repeated measurement design - case two" beschrieben wird.¹⁾ Es ergaben sich sowohl für die klinische Klassifikation ($p = < .01$) wie auch für das Geschlecht ($p = < .05$) überzufällige Interaktionswerte mit dem "Testfaktor" (Tab. 1 gibt die signifikanten Unterschiede für die einzelnen Mittel-

Tab. 1: Signifikante Mittelwertunterschiede der FBS-Faktorenwerte

	F 1	F 2	F 3	F 4
SMV♂ - SMV♀	.46 ¹⁾	-2.93 ^{xx}	-.68	.68
KLIN♂ - KLIN♀	-.23	1.09	-.78	.70
VGL♂ - VGL♀	2.88 ^{xx}	-2.51 ^x	-1.38	1.54
SMV♂ - KLIN♂	.46	1.96 ^{<}	-2.10 ^x	-.34
SMV♂ - VGL♂	-4.76 ^{xx}	-3.16 ^{xx}	-2.50 ^x	-.45
KLIN♂ - VGL♂	-4.26 ^{xx}	-.54	.24	-.06
SMV♀ - KLIN♀	-1.36	1.64	-2.91 ^{xx}	-.35
SMV♀ - VGL♀	-4.52	-2.61 ^{xx}	3.23 ^{xx}	-.42
KLIN♀ - VGL♀	-2.25 ^x	-3.23 ^{xx}	.34	-.07

1) t - Werte
 $\leq p < .10$
 $x = p < .50$
 $xx = p < .01$

1) Als Faktoren gehen in diese Varianzanalyse die Gruppenzugehörigkeit, Geschlecht und die verschiedenen Testfaktoren ein. Über den Faktor "Testfaktoren" werden "Meßwiederholungen" gerechnet. Die Meßwerte werden wegen der unterschiedlichen Itemanzahl auf vergleichbaren Maßstab transformiert. Relevant zum Nachweis gruppenspezifischer Profile sind in diesem Zusammenhang die Wechselwirkungen zwischen den verschiedenen Gruppen und Meßvariablen, die die Verschiedenheit der "Gruppenprofile" nachweisen. Ein signifikanter F-Wert bedeutet in diesem Fall, daß sich die verschiedenen Gruppenprofile weder direkt, noch durch Vertikalverschiebung im stochastischen Sinne zur Deckung bringen lassen (Lienert, 1963, S.338).

werte wieder). Das bedeutet, daß sich Gruppen verschiedener klinischer Klassifikation und Geschlechter mittels der Faktorwertprofile des FBS eindeutig voneinander trennen lassen. Der bedeutendste Unterschied ist wohl für den Faktor 2 "Einstellung bzw. Tendenz zur Selbstdestruktion" zwischen männlichen und weiblichen Suizidenten (vgl. Abb. 2) zu erzielen. Weibliche Jugendliche mit Suizidversuch zeigen eine

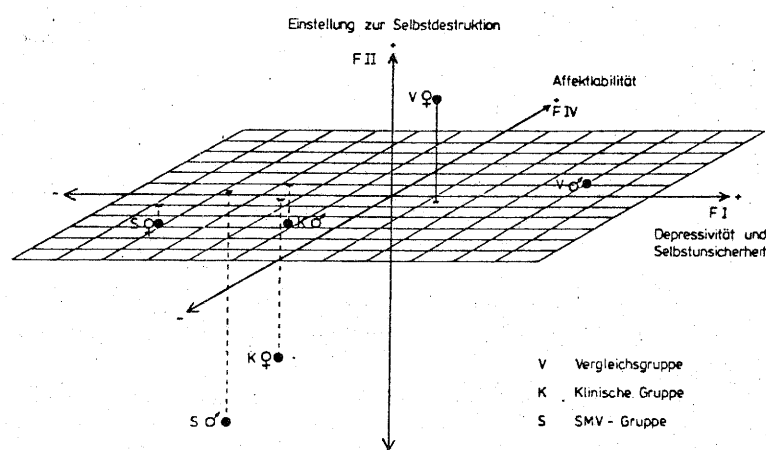


Abb. 2: Mittelwerte der Faktorwerte der verschiedenen Gruppen im dreidimensionalen Raum der Faktoren "Depressivität und Selbstunsicherheit", "Affektlabilität" und "Einstellung zur Selbstdestruktion" des Fragebogentests zur Beurteilung der Suizidgefahr (FBS) von Stork (+ oder - gibt jeweils die "positive" oder "negative" Richtung der Dimension an).

deutlich geringere Selbstdestruktionstendenz und lassen sich auf diesem Faktor signifikant von den Jungen differenzieren. Unterstellt man die in der Literatur häufig geäußerte Meinung als zutreffend, Suizidversuche weiblicher Jugendlicher hätten in der Regel eine stärkere appellative Komponente als die von Jungen, böte diese Dimension möglicherweise eine objektivere Trennmöglichkeit zwischen Suizidversuchen mit mehr oder weniger ausgeprägter letaler Intention - ohne Verfälschungstendenz durch einen Außenbeurteiler.

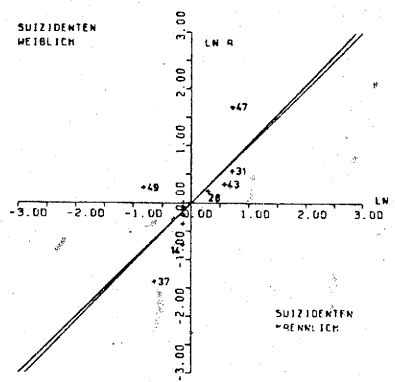
Es könnte nun jedoch kritisch eingewendet werden, diese Unterschiede seien möglicherweise darauf zurückzuführen, daß die verschiedenen Faktoren bei Jungen und Mädchen und den Gruppen unterschiedlicher Klassifikation variant sind, d.h. eine andere Bedeutung haben und Unterschiedliches messen. Zur Überprüfung der Stabilität der Faktorenstruktur und der Ähnlichkeit der Dimensionen für verschiedene Stichproben wurden folgende Strategien beschritten:

- a) Die Faktorenanalyse wurde an unterschiedlichen Stichproben überprüft und die Faktoren wie die Gesamtmatrizen dieser Stichproben (auch unterschiedlicher klinischer Klassifikation) auf maximale Ähnlichkeit rotiert, um Zufallsvarianz auszuschalten (vgl. z.B. Eyferth & Sixtl, 1965; Gebhardt, 1967). Die 4-Faktorenlösung ließ sich auch an anderen Stichproben replizieren und erwies sich damit insgesamt als stabil. Die Ähnlichkeit der hier ermittelten Lösung mit den Ergebnissen einer Faktorenanalyse der FBS-Aufgaben einer Stichprobe von Strafgefangenen betrug z.B. nach Rotation der Gesamtmatrizen auf maximale Ähnlichkeit $r = .90$ (vgl. Bangert, 1979). 81% der Varianz beider Matrizen können daher auf gemeinsame Varianz zurückgeführt werden. Für die verschiedenen Stichproben der Jugendlichen ergab sich für die Gesamtmatrizen nach paarweiser Rotation auf maximale Ähnlichkeit ein mittlerer Ähnlichkeitskoeffizient von $\bar{r} = .80$. Damit können hier im Durchschnitt 64% der in den verschiedenen Matrizen enthaltenen Varianz auf gemeinsame Varianz zurückgeführt werden. Diese Ähnlichkeit kann nach der Literaturmeinung noch als genügend hoch angesehen werden, um für alle Gruppen eine gemeinsame Struktur zu unterstellen (vgl. Gebhardt, 1967). Die im Vergleich zu den Replikationsstudien niedrigeren Übereinstimmungen sind im wesentlichen auf die geringeren Ähnlichkeiten des 4. Faktors ("Affektlabilität") zurückzuführen, der jeweils die niedrigsten Koeffizienten erreichte (.08 - .26). Die Ähnlichkeit des 4. Faktors der Gesamtstichprobe der klinischen Gruppen zu dem entsprechenden Faktor der Strafgefangenen-

stichprobe erreichte dagegen fast so hohe Werte wie die übrigen Faktoren ($r = .86$).

- b) Eine zweite Überprüfung wurde mittels des logistischen Meßmodells von Rasch vorgenommen (vgl. Rasch, 1960). Hier sollen die für die einzelnen Gruppen geschätzten Aufgabenschwierigkeitsparameter bei Modellkonformität auf Bedeutungsinvarianz hinweisen, d.h. verlaufen die Kennwerte ähnlich, können für verschiedene Stichproben gleiche Meßdimensionen unterstellt werden. Die Modellkontrolle kann rechnerisch und graphisch erfolgen. Für diese Überprüfung wurden die Stichproben nach verschiedenen Kriterien (wie Geschlecht, Gruppenzugehörigkeit, Zufall usw.) unterteilt. Die Aufgabencharakteristiken verliefen bis auf Zufallsschwankungen weitgehend ähnlich (die Regressionsgerade entsprach in den meisten Fällen fast der Winkelhalbierenden, was für eine genaue Modellübereinstimmung spricht), auch für den Faktor 2 (Einstellung und Tendenz zur Selbstdestruktion), auf dem sich die männlichen und weiblichen Jugendlichen der Suizidgruppe am deutlichsten unterschieden.

FBS FAKTOR 2
TRENNUNG NACH GESCHLECHT



FBS - 2. FAKTOR
TRENNUNG NACH KRITERIUM

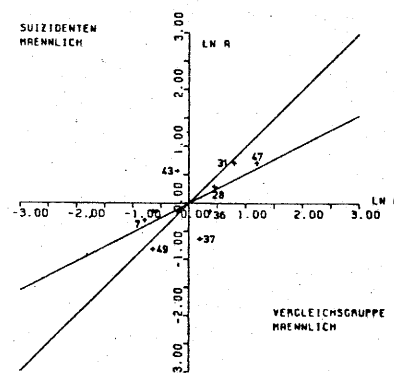


Abb. 3: Graphische Modellkontrolle nach dem Meßmodell von Rasch für den 2. Faktor des Fragebogentests zur Beurteilung der Suizidgefahr (FBS) von Stork.

Aufgrund der verschiedenen Überprüfungen kann daher angenommen werden, daß die Fragebogendimensionen in den verschiedenen Gruppen bedeutungsinvariant sind und die ermittelten Profilunterschiede nicht auf unterschiedliche Meßdimensionen zurückzuführen sind.

3. Kriterienorientiertes Vorgehen

Im weiteren wurde noch ein kriterienbezogenes Vorgehen zur Ermittlung von möglichen Trenndimensionen gewählt. Zu diesem Zweck wurde die Beantwortung der Einzelantworten des FPI, MMPI, EPI und FBS analysiert (vgl. Terpitz, 1977).

Zunächst wurden die Unterschiede der Beantwortung der Aufgaben mittels des Chi-Quadrat-Tests überprüft. Bei der weiteren Auswahl der Aufgaben, die die einzelnen Gruppen voneinander trennten, wurden zunächst doppelt eruierte Items eliminiert und dann die Brauchbarkeitsformel für Testverfahren, die sowohl Sensitivität wie Spezifität berücksichtigt (vgl. Loewer, 1969), auf die Aufgabenebene angewandt, d.h. es wurden alle Aufgaben eliminiert, die etwa nur bei der Vergleichsgruppe gut trennten. Zusätzlich wurde darauf geachtet, daß sich auch die Schlüsselrichtung bei der Suizidentengruppe unterschied, d.h. es wurden keine Aufgaben ausgewählt, die eine Gleichverteilung der Antworten aufwiesen - auch hier können sich nämlich signifikante Brauchbarkeitswerte und Chi-Quadrate ergeben. Ferner mußte sich auch die Antworttendenz der verschiedenen Gruppen selbst unterscheiden. Zur Ermittlung der Schlüsselrichtung der Aufgaben wurde die Antworttendenz der Suizidentengruppe zugrundegelegt. Mittels dieser Kriterien wurden verschiedene Vergleiche gerechnet, wobei nach Geschlecht und klinischer Klassifikation getrennt wurde. Es ergaben sich keine wesentlichen geschlechtsspezifischen Effekte. Der Vergleich Suizidenten vs klinische Gruppe erbrachte insgesamt weniger Aufgabendifferenzierungen als der Vergleich mit den "normalen" Jugendlichen, so daß zur Ermittlung der Gesamtskala beide Gruppen als Kriteriengruppen zusammengefaßt und den Suizidenten gegenübergestellt wurden.

Insgesamt waren auf diese Weise 67 trennscharfe Aufgaben zu ermitteln. Ein größerer Teil stammt aus den Depressionsskalen des MMPIs und des FPIs sowie dem FBS. Bei den meisten anderen Aufgaben ist auf den ersten Blick ein Zusammenhang zwischen suizidalem Verhalten und Inhalt - geringe Augenscheinvalidität - nicht festzustellen, ein ähnliches Ergebnis, wie es etwa auch bei den Suizidskalen von Clopton & Jones (1975) und Farberow & Devries (1967), die in den USA aus dem MMPI gewonnen wurden, zu finden ist. Mit der Skala von Farberow & Devries waren 7 Übereinstimmungen zu ermitteln, drei Aufgaben stimmten mit der Clopton & Jones-Skala überein, wobei bei letzterer eine Aufgabe jedoch in anderer Lösungsrichtung beantwortet wurde.

Zur Überprüfung der Inhaltsstruktur der Aufgaben wurden auch hier verschiedene Methoden angewandt. Zunächst wurden die kriterienorientiert ausgewählten 67 Aufgaben und weitere 31, die zufällig ausgewählt worden waren, einer Faktorenanalyse unterzogen, um Zufallsselektionen zu überprüfen. Im Gegensatz zu den kriterienbezogen ausgewählten Aufgaben markierten die Zufallsaufgaben keinen der später ermittelten Faktoren, so daß sie wieder entfernt werden konnten. Die endgültige Faktorenanalyse ergab nach den verschiedenen Kriterien sinnvolle 4-Faktorenlösungen, die in den einzelnen Stichproben 32 - 40% und für die Gesamtgruppe 34% der Gesamtvarianz aufklärten. Aufgrund der Markieraufgaben könnte man die einzelnen Faktoren wie folgt benennen:

1. "Depression"

Der Faktor enthält Aufgaben wie: "Ich fühle mich dem Leben und seinen Schwierigkeiten eigentlich gut gewachsen", "Ich fühle mich meist niedergeschlagen", "Ich habe manchmal ein Gefühl der Teilnahmslosigkeit und inneren Leere" und "Meistens blicke ich voll Zuversicht in die Zukunft".

2. "Mangelhaftes Selbstvertrauen, Minderwertigkeitsgefühle"

Dieser Faktor enthält Aufgaben wie "Ich habe sicherlich zu wenig Selbstvertrauen" und "Manchmal komme ich mir wirklich nutzlos vor".

3. "Unzufriedenheit mit Familienmitgliedern und Sozialpartnern"

Diesen Faktor markieren Aufgaben wie "Meine Mutter und mein Vater zwangen mich oft zu gehorchen, selbst wenn ich dachte, daß es unvernünftig sei", "Mein Elternhaus kann man als harmonisch bezeichnen", "Meine Familie und meine Bekannten können mich im Grunde kaum richtig verstehen", "Ich habe selten Streit mit meinen Familienangehörigen" und "Manchmal habe ich sehr gewünscht, von Zuhause wegzugehen".

Eine Trennung, insbesondere dieses Beziehungsfaktors, ist u.U. relevant (er würde auch bei einer 5-Faktorenlösung weiter aufgesplittet), wie spezielle Untersuchungen zum Selbstbild und zur vermuteten Beurteilung durch andere zeigen (vgl. Schmidtke, 1977, 1980). Während bei den weiblichen Suizidenten nur die vermutete Beurteilung durch die Familie sehr negativ ausfiel und die vermutete Beurteilung durch die übrige Umwelt sich nicht wesentlich von der Selbstbeurteilung unterschied, fallen bei den männlichen Suizidenten sowohl die vermuteten Beurteilungen durch die Umwelt wie auch die durch die Familie sehr negativ aus. Dies entspricht im Grunde einer Komponente der Beschreibung des sogenannten präsuizidalen Syndroms durch Ringel. Unterstellt man wieder, wie bereits erwähnt, Unterschiede zwischen suizidalen Verhaltensweisen von Jungen und Mädchen (bezogen auf die Gesamtgruppen), könnte auch dies als wesentliche Differenzierungsmöglichkeit angesehen werden.

4. "Unzufriedenheit mit dem bisherigen Leben"

Dieser Faktor enthält Aufgaben wie "Ich habe vieles falsch gemacht im Leben", "Ich grüble viel über mein bisheriges Leben nach" und "Ich habe nicht das richtige Leben geführt".

Auch bei dieser Analyse wurden die Faktoren über die verschiedenen Stichproben miteinander verglichen. Der mittlere Ähnlichkeitskoeffizient nach Rotation auf maximale Ähnlichkeit betrug .72, womit 52% der in allen Matrizen enthaltenen Varianz auf gemeinsame Varianz, d.h. gemeinsame Dimensionen zurückgeführt werden konnte. Dieser Betrag ist damit niedriger als beim FBS, allerdings sprach auch die Rasch-Skalierung für Ähnlichkeit der Dimensionen. Die niedrige Übereinstimmung ist im wesentlichen auf den 4. Faktor zurückzuführen, der die Unzufriedenheit mit dem bisherigen Leben erfaßt und sowohl bei der Faktorenanalyse als auch bei der Rasch-Skalierung jeweils die relativ geringsten Übereinstimmungswerte erreichte.

Es wurde auch hier überprüft, ob sich die einzelnen Gruppen mittels der Faktorenwerte auf diesen Dimensionen voneinander trennen lassen, wobei sich eine eindeutige Profiltrennung als möglich erwies.

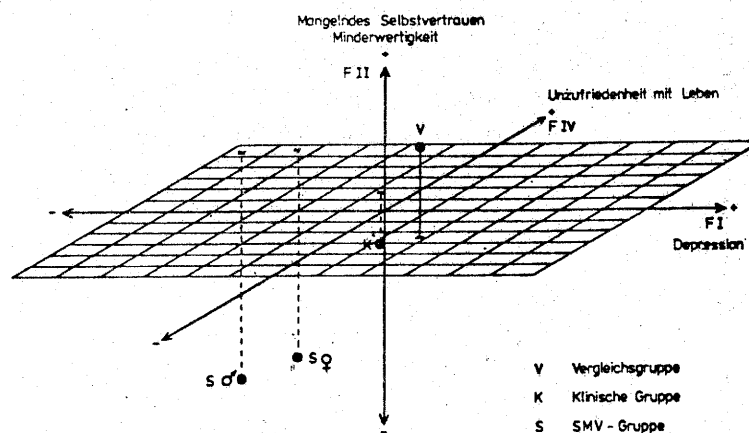


Abb. 4: Mittelwerte der Faktorenwerte der verschiedenen klinischen Gruppen im dreidimensionalen Raum der Faktoren "Depression", "Mangelhaftes Selbstvertrauen und Minderwertigkeitsgefühle" und "Unzufriedenheit mit dem bisherigen Leben" des kriterienorientierten Fragebogens (+ oder - gibt jeweils die "positive" oder "negative" Richtung der Dimension an).

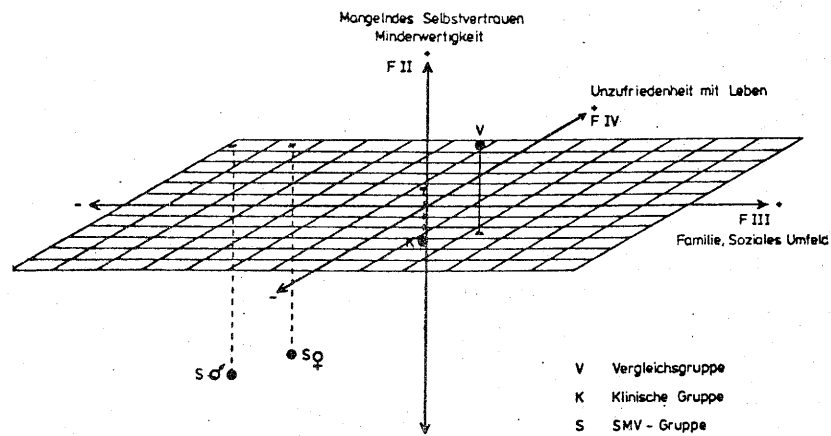


Abb. 5: Mittelwerte der Faktorwerte der verschiedenen klinischen Gruppen im dreidimensionalen Raum der Faktoren "Unzufriedenheit mit Familienmitgliedern und Sozialpartnern", "Unzufriedenheit mit dem bisherigen Leben" und "Mangelhaftes Selbstvertrauen und Minderwertigkeitsgefühle" des kriterienorientierten Fragebogens (+ oder - gibt jeweils die "positive" oder "negative" Richtung der Dimension an).

Berechnet man Diskriminanzanalysen mit den Faktorwerten auf Geschlechtsebene, können in der weiblichen Gruppe 74% (mittels FBS-Gesamtwert nur 46%) der Suizidenten und der Vergleichsgruppe richtig zugeordnet werden. Von den männlichen Jugendlichen werden 72% der Suizidenten (FBS : 63%) und 80% der Vergleichsgruppe richtig zugeordnet. Die Falschklassifikation ist innerhalb der klinischen Gruppe am höchsten, weil relativ viele Jugendliche der Suizidentengruppe zugerechnet werden. Dies überrascht jedoch nicht, da hier auch die Grundrate der früheren Suizidversuchsrate größer ist (über 13%) und es sich bei den Falschklassifizierten meist um Pt mit früheren Suizidversuchen handelt.

4. Diskussion

Zieht man das Fazit der verschiedenen Analysen, ergibt sich folgendes: Mittels der allgemeinen Testskalen lassen sich jugendliche Suizidenten univariat nur ungenügend von anderen Gruppen, insbesondere klinischen Gruppen, trennen. Es ist daher fraglich, ob Einzeltests zur Prognose alleine ausreichen (multivariate Auswertung z.B. über Diskriminanzanalysen zeigen u.U. bessere Ergebnisse).

Verfahren, die suizidales Verhalten als Kontinuum sehen, differenzieren offensichtlich ebenfalls ungenügend, da die Herausarbeitung eines Gesamtkriterienwertes Gruppen mit unterschiedlichem "suizidalen" Verhalten nur ungenügend beschreibt. Eine bessere Trennung ist u.U. bei einer faktoriell differenzierten Beschreibung unter Hinzunahme von kriterienorientiert konstruierten Dimensionen möglich. Es scheint sich folgende Wertigkeit von Skalen zu ergeben:

1. Eine Dimension, die man "Allgemeine Depressionsskala" (jedoch mehr i.S. einer reaktiven Depression, sensu MMPI) nennen könnte;
2. Selbstbewertungsskalen;
3. Einstellungstendenz zur Selbstdestruktion;
4. Beziehungsprobleme mit der Familie;
5. Beziehungsprobleme mit der Umwelt;

wobei möglicherweise die stärkere Suizidtendenz (mit letalerer Intensität) bei Jugendlichen bei hohen Werten auf den beiden letzten Faktoren gegeben scheint.

Es soll nun versucht werden, bei den so gewonnenen Skalen Kreuzvalidierungen durchzuführen, um reliablere und validere Verfahren zur Diagnose suizidaler Verhaltensweisen zu konstruieren. Es handelt sich jedoch lediglich um die Konstruktion von "Zusatzinstrumentaren", die das herkömmliche Diagnoseinventar ergänzen sollen. Keineswegs soll - schon aufgrund der theoretischen Ausgangsposition - der Anspruch erhoben werden, mit der Entwicklung solcher Verfahren alleine suizidale Tendenzen genau vorhersagen zu können. Die Einzelfallanalyse unter Einbezug biographischer Daten und weiterer Persönlichkeitsverfahren kann nicht ersetzt, sondern soll lediglich in wesentlichen Bereichen ergänzt und unterstützt werden.

Literatur

- BANGERT, J. 1979. Möglichkeiten testpsychologischer Beschreibung und Prognose selbstbeschädigenden und suizidalen Verhaltens im Strafvollzug. Mannheim: u.v. Diplomarbeit am Lehrstuhl Psychologie I.
- BECK, A. T., RESNIK, H. L. P. & LETTIERI, D. J. 1974. The prediction of suicide. Bowie: Charles Press Publishers.
- BÖCKER, F. 1973. Suizide und Suizidversuche. Stuttgart: Thieme.
- ČERNÝ, L. 1968. Les suicides des enfants et des jeunes en Tchécoslovaquie. Acta Paedopsychiatrica, 35, 380-388.
- CLOPTON, J. R. & JONES, W. C. 1975. Use of the MMPI in the prediction of suicide. Journal of Clinical Psychology, 31, 52-54.
- DAVIS, F. B. 1967. The relationship between suicide and attempted suicide: a review of the literature. Psychiatric Quarterly, 41, 752-765.
- EYFERTH, K. & SIXTL, F. 1965. Bemerkungen zu einem Verfahren zur maximalen Annäherung zweier Faktorenstrukturen aneinander. Archiv für die gesamte Psychologie, 117, 131-138.
- FARBEROW, N. L. & DEVRIES, A. G. 1967. An item differentiation analysis of MMPIs of suicidal neuropsychiatric hospital patients. Psychological Reports, 20, 607-617.
- FEUERLEIN, W. 1971. Selbstmordversuch oder parasuicidale Handlung? Nervenarzt, 42, 127-130.
- FEUERLEIN, W. 1974. Tendenzen von Suizidhandlungen. Wege zum Menschen, 26, 182-188.
- FÜRNTRATT, E. 1969. Zur Bestimmung der Anzahl interpretierbarer Faktoren in Faktorenanalysen psychologischer Daten. Diagnostica, 15, 62-75.
- GEBHARDT, F. 1967. Über die Ähnlichkeit von Faktormatrizen. Psychologische Beiträge, 10, 591-599.

- JACOBZINER, H. 1960. Attempted suicides in children. *Journal of Pediatrics*, 56, 519-525.
- JACOBZINER, H. 1965. Attempted suicides in adolescence. *Journal of the American Medical Association*, 191, 101-105.
- KIRK, R. E. 1968. *Experimental design: procedures for the behavioral sciences*. Belmont: Brooks/Cole.
- KUDA, M. 1978. Beziehungen zwischen dem "Fragebogentest zur Beurteilung der Suizidgefahr" von STORK, Persönlichkeits-tests, Therapeutenratings und Symptommennungen bei einer Stichprobe "neurotischer" Studierender. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 26, 304-315.
- LESTER, D. 1972. *Why people kill themselves*. Springfield: Thomas.
- LIENERT, G. A. 1963. Eine varianzanalytische Methode zum Nachweis der Gruppenspezifität von Testprofilen. *Zeitschrift für Experimentelle und Angewandte Psychologie*, 10, 333-345.
- LOEWER, H. D. 1969. Möglichkeiten und Grenzen von Skalen zur Erfassung von Hirnschädigungsfolgen. *Praxis der Klinischen Psychologie*, 1, 98-115.
- NEURINGER, C. 1974. *Psychological assessment of suicidal risk*. Springfield: Thomas.
- OTT, B. 1976. Selbstmordversuche von Kindern und Jugendlichen. *Saarländisches Ärzteblatt*, 29, 401-404.
- OTTO, U. 1972. Suicidal acts by children and adolescents. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Suppl. 233.
- RASCH, G. 1960. *Probabilistic models for some intelligence and attainment tests*. Kopenhagen: Nielson & Lydiche.
- REMSCHMIDT, H. & SCHWAB, T. 1978. Suizidversuche im Kindes- und Jugendalter. *Acta Paedopsychiatrica*, 43, 197-208.
- RESNIK, H. L. P. (Ed.). 1968. *Suicidal behaviors, diagnosis and management*. Boston: Little Brown.

- SCHMIDTKE, A. 1976. Möglichkeiten psychometrischer Verfahren bei der Abschätzung suizidalen Verhaltens Jugendlicher. Suicidprophylaxe, 3, 108-131.
- SCHMIDTKE, A. 1977. "Feldabhängigkeit" und Metaperspektiven suizidaler Jugendlicher. In: TACK, W. H. (Hrsg.). Bericht über den 30. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, Bd. 2. Göttingen: Hogrefe, 199-201.
- SCHMIDTKE, A. 1980. Untersuchungen zur Validität und Reliabilität des FBS. Mannheim: in Vorbereitung.
- SCHMIDTKE, A. & RIMPAU, K. 1979. Persönlichkeit und Suizidrisiko bei körperbehinderten Jugendlichen. In: MÜLLER-KÜPPERS, M. & SPECHT, F. (Hrsg.). Recht, Behörde, Kind. Bern: Huber, 297-303. (Erweiterte Fassung = Forschungsbericht aus dem Otto-Selz-Institut für Psychologie und Erziehungswissenschaft der Universität Mannheim, Nr. 5).
- SCHMIDTKE, A. & SCHALLER, S. 1976. Fragebogentest zur Beurteilung der Suizidgefahr. Kinderarzt, 7, 1161-1164.
- STENGEL, E. 1969. Selbstmord und Selbstmordversuch. Frankfurt: Fischer.
- STORK, J. 1972. Fragebogentest zur Beurteilung der Suizidgefahr. Salzburg: Müller.
- TERPITZ, V. 1977. Kriterienorientierte Entwicklung einer Skala zur Suizidprognose bei Jugendlichen. Mannheim: u. v. Diplomarbeit am Lehrstuhl Psychologie I.
- WINER, B. J. 1971. Statistical principles in experimental design. New York: McGraw-Hill.